



Universidade de Aveiro Departamento de Educação

2015

**ANA CRISTINA
REBOLO DE BARROS**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO INDICADA EM
JOVENS CONSUMIDORES DE CANNABIS**



**ANA CRISTINA
REBOLO DE BARROS**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO INDICADA EM
JOVENS CONSUMIDORES DE CANNABIS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre me apoiaram incondicionalmente.

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Doutora Sara Monteiro, orientadora desta dissertação, pela compreensão, prontidão e apoio prestado ao longo da elaboração deste trabalho.

À Dr^a Joana Gonçalves por ter-me inserido neste projeto, pela partilha do seu conhecimento, pelo tempo despendido e por toda a ajuda e disponibilidade apresentada. Aos restantes profissionais do CRI de Aveiro que estiveram envolvidos neste estudo.

Aos meus pais e avô materno que sempre me apoiaram na concretização dos meus sonhos. Sem estes a realização deste curso não teria sido possível.

Ao Eugénio, pelo apoio, paciência, carinho e por estar comigo nos bons e maus momentos.

Às minhas amigas continentais (Andréa, Filipa, Elsa e Vanessa) pela amizade e por terem contribuído para a minha integração na cidade de Aveiro e na vida académica, sem elas este percurso não teria o mesmo significado.

palavras-chave

jovens consumidores, consumo de substâncias, cannabis, comportamentos aditivos, prevenção, prevenção indicada, intervenção em grupo.

resumo

A cannabis é a substância ilícita mais consumida pela população jovem (EMCDDA, 2015). Devido ao aumento das prevalências de consumo desta substância, tem-se verificado um aumento do número de indivíduos que recorrem ou são encaminhados para os serviços de saúde tendo a cannabis como droga principal. Por este motivo, temos assistido a uma necessidade cada vez maior de se realizarem intervenções preventivas que proporcionem conhecimentos e competências que ajudem a lidar com o risco associado ao consumo de substâncias psicoativas (SICAD, 2013a). O principal objetivo da presente dissertação é avaliar a eficácia de um programa de prevenção indicada aplicado num grupo de jovens consumidores de cannabis através de uma avaliação pré e pós-intervenção. A amostra foi constituída por 10 jovens consumidores de cannabis, pertencentes à consulta de prevenção indicada do Centro de Respostas Integradas de Aveiro. A intervenção em grupo implementada foi avaliada através da aplicação dos seguintes instrumentos: ASSIST, AUDIT e SCL-90-R e a análise de dados foi realizada através do SPSS – Versão 19.0. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica e de consumo entre as duas fases de avaliação do grupo de prevenção indicada. Contudo, observaram-se melhorias significativas no grupo de controlo ao nível de algumas subescalas psicopatológicas. Conclui-se que a intervenção individual foi mais eficaz do que a intervenção em grupo. Os resultados obtidos colocam em causa a pertinência de se realizarem intervenções em grupo neste tipo de populações.

keywords

young consumers, substance abuse, cannabis, addictive behaviors, prevention, indicated prevention, group intervention.

abstract

Cannabis is the illegal substance most commonly used by the young population (EMCDDA, 2015). Due to the increase in consumption of this substance, there has been an increase in the number of individuals who resort or who are referred to health services that have cannabis as their primary drug. For this reason, we have witnessed an increasing need to carry out preventive interventions that provide knowledge and skills to help deal with the risk associated with consumption of psychoactive substances (SICAD, 2013th). The main objective of this dissertation is to evaluate the efficacy of an indicated prevention program applied to a group of young cannabis users through a pre- and post-intervention. The sample consisted of 10 young cannabis users, belonging to the indicated prevention of the Centro de Respostas Integradas de Aveiro. The group intervention implemented was evaluated by the following instruments: ASSIST, AUDIT and SCL-90-R and the data analysis was performed using SPSS - Version 19.0. There were no statistically significant differences at the level of psychopathological symptoms and consumption between the two phases of evaluation of indicated prevention group. However, there were significant improvements in the control group in terms of some psychopathology subscales. In conclusion, the individual intervention was more effective than the group intervention. The results obtained call into question the relevance of performing group interventions in such populations.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Método	9
2.1. Participantes.....	9
2.2. Instrumentos.....	11
2.3. Procedimento	14
2.4. Análise de dados	16
3. Resultados	17
4. Discussão.....	21
Referências	25
Anexos	29

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas e de consumo (variáveis contínuas).....	10
Tabela 2. Caraterísticas sociodemográficas (variáveis categoriais)	11
Tabela 3. Temáticas abordas no grupo de prevenção indicada	16
Tabela 4. Caraterização da amostra relativamente à personalidade	17
Tabela 5. Caraterização da amostra relativamente à inteligência geral.....	18
Tabela 6. Diferenças entre o pré e pós-teste no GPI	19
Tabela 7. Diferenças entre o pré e pós-teste no grupo de controlo	20

Lista de Nomenclaturas

ASSIST - *Alcohol, Smoking and substance involvement screening test*

AUDIT - *Alcohol Use Disorder Identification Test*

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CDT - Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

CPI - Consulta de prevenção indicada

CRIA - Centro de Respostas Integradas de Aveiro

DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DP - Desvio-padrão

GPI - Grupo de Prevenção Indicada

M - Média

Mdn - Mediana

Mini-Mult - *Multiphasic Personality Inventory*

N - Tamanho da amostra

OMS - Organização mundial de saúde

SCL-90-R - *Symptom Checklist-90 Revised*

SIM - Sistema Informático Multidisciplinar

SPA – Substância Psicoativa

SPA's - Substâncias Psicoativas

SPM - *Standard Progressive Matrices*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

THC - Tetrahydrocannabinol

U - Teste de Mann-Whitney

Z – Teste de Wilcoxon

χ^2 – Teste do Qui-Quadrado

1. Introdução

O consumo de substâncias psicoativas (SPA's) representa um fenómeno social que assume contornos preocupantes no nosso país (Carvalho, Lemos, Raimundo, Costa & Cardoso, 2007). Os dados recolhidos pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) demonstram uma elevada prevalência de consumo de SPA's na população jovem (Calafat, Montse, Becona & Fernández-Hermida, 2014). O consumo de substâncias nestas idades é particularmente preocupante, uma vez que os adolescentes são extremamente vulneráveis a influências sociais, têm níveis de tolerância inferior e tornam-se dependentes com quantidades mais baixas do que os adultos (Fowler et al., 2007; citado por EMCDDA, 2009). Em consequência da utilização precoce de SPA's, os adolescentes apresentam maior risco de sofrerem de problemas de saúde a longo prazo e maior probabilidade de desenvolverem uma dependência no futuro (Bauman & Phongsavan, 1999; Brook et al, 1999; Gil et al., 2004; Timberlake et al; 2007; Winters & Lee, 2008; citado por EMCDDA, 2014). Adicionalmente, sabe-se que a maioria dos indivíduos que consomem drogas na idade adulta, começaram a utilizar substâncias na adolescência (Von Sydow et al., 2001; citado por EMCDDA, 2014).

No que diz respeito às substâncias legais, o álcool é a substância mais comercializada a nível mundial. Nos jovens, o consumo de álcool tem vindo a assumir proporções alarmantes, tratando-se da principal substância que os jovens abusam (Reis, Barros, Parreira, Gomes, Figueiredo & Matapa, 2011). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o consumo excessivo de álcool é um dos principais problemas que a Europa enfrenta. O consumo de risco tem vindo a generalizar-se na juventude europeia, e Portugal é um dos países com maior consumo de álcool. No nosso país, assiste-se ao início do consumo em idades muito precoces (13 anos), à mistura de álcool com outras SPA's (e.g. cannabis) e à adoção de consumo do tipo “*Binge Drinking*”, ou seja, ao consumo de 5 ou mais bebidas contendo álcool (4 no caso do sexo feminino), num período de poucas horas, geralmente com o objetivo de atingir a embriaguez (Marinho, 2008).

A prevenção é extremamente importante nesta matéria pois quanto mais precoce for o seu consumo, maior será a probabilidade do adolescente tornar-se dependente. Para além disso, com o uso constante, o organismo cria tolerância ao álcool tal como a uma substância ilícita, podendo levar ao desenvolvimento de uma dependência pelo álcool (Rozin & Zagonel, 2012).

A fase da adolescência é uma fase crítica para o aparecimento de perturbações de uso de substâncias uma vez que o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento. O córtex pré-frontal, área responsável pela avaliação das situações (capacidade de julgamento e tomada de decisão) e capacidade de controlar as emoções e impulsos, não está completamente desenvolvido até cerca dos 20 anos de idade. Devido à limitação destas habilidades, e ao facto do sistema de recompensa estar bem desenvolvido, os adolescentes tendem a procurar recompensas prazerosas, a apresentar dificuldades em ponderar os riscos com precisão e aumento do risco para tomadas de decisão erradas acerca de experimentar ou continuar a consumir SPA's (NIDA, 2014a). Para além disso, a introdução de SPA's durante o período de desenvolvimento pode causar consequências graves e duradouras no cérebro, nomeadamente na área responsável pela motivação, memória, aprendizagem, julgamento e controlo do comportamento (NIDA, 2014b).

Os estudos realizados acerca da prevalência de consumo de substâncias ilícitas pelas gerações mais jovens indicam que a cannabis é a substância mais consumida. Estima-se que 14,6 milhões de indivíduos europeus, entre os quais 8,8 milhões com idades compreendidas entre 15 e 24 anos, consumiram cannabis no último ano. O número de utentes que recorreram aos serviços de saúde pela primeira vez devido ao consumo de cannabis aumentou de 45000 para 61000 entre 2006 e 2013 (EMCDDA, 2015). A apreensão de plantas de cannabis na Europa também aumentou de 1,5 milhões em 2002 para 3,7 milhões em 2013. Para além disso, os dados revelam uma tendência para o aumento da potência (teor de THC – tetrahydrocannabinol) de cannabis herbácea e da resina de cannabis entre 2006 e 2013. A nível nacional, os estudos sobre a tendência de consumo de SPA's nas populações escolares mostraram que existe uma inclinação para o aumento das prevalências de consumo. Entre 2007 e 2012 registaram-se aumentos nas proporções de consumidores de cannabis no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores (9,8% em 2007 e 22,1% em 2012) (EMCDDA, 2015). Apesar da cannabis ser a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuem menor risco para a saúde, tem-se verificado um aumento do número de indivíduos que recorrem ao tratamento tendo a cannabis como droga principal. Paralelamente, o número de jovens que são encaminhados para os serviços de saúde devido ao consumo de cannabis também tem vindo a aumentar nos últimos tempos (SICAD, 2013a).

O consumo de cannabis, nas suas distintas formas, produz efeitos psicoativos no indivíduo. Devido às suas propriedades pode causar intoxicação, tolerância, e/ou dependência. Habitualmente o seu consumo produz um efeito bifásico, começando com uma fase de estimulação, euforia, bem-estar, aumento da percepção e ansiedade, e depois por uma fase de sedação. O consumo desta substância também produz alteração das funções cognitivas, ou seja, na atenção, alteração da memória recente e dificuldade na resolução de problemas. É ainda importante salientar, que a utilização regular da cannabis está associada a um elevado fracasso escolar e consequente abandono dos estudos (Comisión Clínica, 2006; citado por Iglesias & Tomas, 2011). O uso regular desta SPA, particularmente em adolescentes e jovens, pode conduzir a um síndrome amotivacional com perda de interesses exteriores, perturbações intelectuais e mnésicas (Morel, Hervé, & Fontaine, 1998).

Os inúmeros fatores de risco e de proteção associados aos jovens que utilizam SPA's têm sido bastante estudados e documentados (Newton, Andrews, Champion, & Tresson, 2014). O risco de um indivíduo começar a usar drogas envolve a relação entre o tipo de fatores de risco (e.g. atitudes e comportamentos desviantes) e o tipo de fatores de proteção (e.g. apoio parental) (Wills & McNamara et al., 1996; citado por NIDA, 2003). Estes fatores permitem diferenciar sujeitos que se encontram em risco, isto é, que têm maiores probabilidades de se tornarem consumidores de alguma substância, daqueles que devido a todo o seu contexto e traços de personalidade são menos vulneráveis a desenvolver este tipo de comportamento (WHO, 2004). É importante realçar que o impacto dos fatores de risco e de proteção variam com a idade, sexo, etnia, cultura e ambiente que rodeia o indivíduo. Exemplo disso, é o facto dos fatores de risco dentro da família terem um maior impacto sobre uma criança, enquanto que fatores de risco no grupo de pares têm maior impacto no adolescente (Gerstein & Green, 1993; Kumpfer et al., 1998; citado por NIDA, 2003).

Segundo Becoña (2002, citado por Iglesias & Tomás, 2011), as diferentes dimensões que compõe o dia-a-dia do indivíduo (individual, familiar, escolar, o grupo de pares e a comunidade) pressupõem um conjunto de fatores de risco bem como de fatores protetores. Certos fatores de risco podem ser detetados numa fase inicial de desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente: pouco autocontrolo e comportamento agressivo. Estes comportamentos remetem para outros que se vão encadeando e conduzem

a outros fatores de risco, percebendo-se que estes facilitadores vão evoluindo com o sujeito se não houver uma intervenção imediata que reequilibre os fatores protetores (NIDA, 2003).

Segundo Becoña (2007), para perceber o motivo que leva os jovens a consumirem, é essencial perceber os contextos em que ocorrem estes comportamentos (Jiménez, Manzaono & Arenas, 2014). Por vezes o desejo de ser aceite pelo grupo de pares, de experimentar comportamentos “de adulto”, o início do desenvolvimento afetivo, a busca de novas sensações e a pressão social tornam-se, nesta fase, fatores de risco que necessitam de grande atenção (SENAD, 2012). Na adolescência o grupo de pares tem um papel importante no fornecimento de fatores de risco, caso existam comportamentos desviantes e aditivos, no fornecimento de fatores protetores, mantendo a sua influência tanto no início desses comportamentos, como na sua manutenção (Iglesias & Tomás, 2011).

É importante realçar que para além destes fatores, também os fatores individuais são importantes na adoção ou não dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), podendo ser distinguidos os fatores individuais psicológicos, genéticos/familiares, os comportamentais e os traços de personalidade (Iglesias & Tomás, 2011). Dentro dos fatores psicológicos podemos referir as perturbações do comportamento, depressão, ansiedade e perturbações da personalidade. A história familiar de consumo de substâncias também poderá ser um fator de risco para o desenvolvimento de uma dependência no futuro, assim como algumas características da personalidade (baixa autoestima, baixa autoconfiança, agressividade, impulsividade e rebeldia) (NIDA, 2003). Para além destes, amigos consumidores, baixo desempenho na escola e o sentimento de rejeição também são fatores que necessitam de atenção (SENAD, 2012).

Para alguns autores o efeito do género representa um risco individual para o sujeito (Copeland, Swift, & Rees, 2001; NIDA, 2003; EMCDDA, 2008). Os indivíduos do sexo masculino são os que mais consomem substâncias ilícitas, representando mais de três quartos dos consumidores de cannabis. O sexo feminino, apesar de representar um número mais reduzido dos consumidores de SPA's, está mais propenso a envolver-se emocionalmente com um companheiro consumidor e tem maior dificuldade em abandonar os consumos. Contudo, são os homens que possuem mais problemas judiciais originados pelo consumo e mais *stress* psicossocial (Copeland, Swift, & Rees, 2001).

A família também tem um papel crucial no afastamento ou na inserção de um contexto de substâncias. A dimensão familiar é uma das dimensões mais estudadas nos comportamentos aditivos por ser o contexto no qual a pessoa cresce e desenvolve a sua personalidade e os seus valores e através da qual vive experiências no seio deste primeiro agente socializador (Iglesias & Tomás, 2011). Assim, fatores relacionados com a dimensão familiar revelam ser os mais cruciais na inserção e adoção de comportamentos aditivos nos jovens. Compreendem-se como fatores de risco na dimensão familiar a ausência de vínculos afetivos e cuidado por parte dos pais ou cuidadores; parentalidade ineficaz; um contexto familiar caótico; ausência de relações significativas; e cuidadores que abusem de substâncias, sofram de doenças mentais, ou demonstrem e adotem comportamentos criminais (NIDA, 2003).

Se por um lado a família pode ser um fator de risco, também pode ser considerada um fator protetor se estiverem reunidas uma série de condições como: existir um forte vínculo afetivo entre a criança e a sua família; existir envolvimento parental na vida da criança; existir um suporte parental adequado às necessidades financeiras, emocionais, cognitivas e sociais; e existirem limites claros e uma aplicação coerente de disciplina (NIDA, 2003). Para além da família, num *setting* já extrafamiliar, a escola também se apresenta como sendo preponderante na inserção ou no afastamento do contexto de substâncias, isto, porque, também ela é um dos primeiros agentes socializadores e é um contexto no qual as crianças ficam grande parte dos seus dias (Iglesias & Tomás, 2011).

Ao mesmo tempo que é possível considerar a adolescência como um período complexo do desenvolvimento humano e de considerável risco para o consumo de SPA's, devido às suas características psicológicas, também é verdade que se trata de uma fase muito favorável a intervenções destinadas à promoção da saúde (Frasquilho, 1996). Atualmente, temos assistido a uma necessidade cada vez maior de se realizarem intervenções preventivas que proporcionem conhecimentos e competências que ajudem a lidar com o risco associado ao consumo de SPA's e outros CAD (SICAD, 2013a). Por esse motivo, os adolescentes e pré-adolescentes em todo o mundo têm sido considerados um grupo alvo na prevenção, uma vez que os comportamentos adquiridos nesta fase da vida tendem a permanecer durante a vida adulta (Cartana, Santos, Fenili, & Spricigo, 2004).

Os programas de prevenção devem reforçar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco (Hawkins et al., 2002; citado por NIDA, 2003). Estas intervenções devem

abordar todas as formas de abuso de SPA's, isoladamente ou em combinação, incluindo o uso de substâncias legais (e.g. tabaco e álcool) (Johnston et al., 2002; citado por NIDA, 2003). Para além disso, devem abordar riscos específicos da população alvo, tais como a idade, sexo e etnia (Oetting et al., 1997; citado por NIDA, 2003). A maioria dos estudos relacionados com a prevenção que incluem técnicas interativas, tais como grupos de discussão e *role-playing's*, têm-se mostrado eficazes pois permitem a participação ativa dos jovens e o reforço das suas competências (Botvin et al., 1995; citado por NIDA, 2003). SAMHSA (1999), refere que as intervenções em grupo podem ser extremamente benéficas para jovens consumidores de SPA's. O autor salienta, que os efeitos positivos acontecem mais facilmente em grupo do que em intervenções individuais.

A diferenciação dos tipos de programas de prevenção seguiu durante muito tempo a proposta de Caplan (1980), nomeadamente: prevenção primária, secundária e terciária (Iglesias & Tomás, 2011). Recentemente houve necessidade de atualizar esta terminologia e modificar os conceitos existentes, diferenciando a prevenção em universal, seletiva e indicada. A nova classificação dos programas de prevenção surge assim a partir da proposta de Mrazek e Haggerty (1994) posteriormente alterada em 2007 por Springer e Phillips (EMCDDA, 2009). Segundo esta nova classificação, a prevenção universal é dirigida à população geral sem que seja feita uma análise do risco individual, sendo que toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco; a prevenção seletiva é dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral que possuem características de risco significativamente mais elevadas do que a média; e a prevenção indicada é dirigida especificamente a indivíduos com comportamento de elevado risco, que demonstram sinais de consumo (WHO, 2004).

Na prevenção indicada trabalha-se essencialmente sobre os fatores de risco individuais e problemas de comportamento (Cartana, Santos, Fenili, & Spricigo, 2004) e é direcionada para os indivíduos que se apresentam voluntariamente ou que são referenciados por entidades (e.g. pais, professores, assistentes sociais); que apresentam sinais de uso de SPA's, mas não cumprem os critérios de diagnóstico do DSM-IV/V ou CID-10 e/ou apresentam indicadores de risco individual que aumentem a probabilidade de desenvolver abuso de substâncias no futuro (e.g. perturbações psiquiátricas, insucesso escolar, perturbações da personalidade). Assim, o objetivo da prevenção indicada não é apenas evitar o início da utilização de SPA's ou cessar a utilização das mesmas, mas

também evitar o desenvolvimento de uma dependência, diminuir a frequência de utilização de substâncias, evitar a aquisição de padrões mais nocivos de uso de drogas (e.g. consumo endovenoso) ou intervir a nível dos fatores de risco de forma a diminuir a probabilidade de aquisição de CAD no futuro (EMCDDA, 2009).

Na perspetiva de prevenção indicada, a intervenção poderá passar pela exploração do impacto dos consumos na vida pessoal do indivíduo. A consciência das alterações provocadas pelo consumo ao nível de comportamentos, bem-estar físico e mental e na rede relacional poderá permitir que o indivíduo tome consciência da necessidade de ajuda (SICAD, 2013b).

Na literatura científica emergem alguns estudos com diferentes tipos de intervenções preventivas destinadas a indivíduos consumidores, nomeadamente o estudo de Sussman, Dent e Stacy (2002). Os autores avaliaram a eficácia de um programa de prevenção indicada composto por 12 sessões para três grupos de estudantes jovens que frequentavam tanto o ensino alternativo como o tradicional. Os objetivos do programa consistiam em evitar a transição do padrão de uso de drogas para o padrão de abuso, melhorar a capacidade de tomada de decisão e fornecer habilidades sociais e autocontrolo. Os resultados demonstraram que o programa aplicado foi eficaz em todas as variáveis em estudo, e que muitos dos resultados foram mantidos no *follow-up* (2 anos após a intervenção).

Na investigação de Eggert e Nicholas (2003), foi realizada uma intervenção em grupo com base num programa melhorado de prevenção indicada (10 sessões reconstruídas). Este programa foi dirigido a jovens com risco de abandono escolar; problemas de comportamento; abuso de substâncias; sinais de depressão; agressão; e/ou comportamentos suicidas. Os resultados obtidos demonstram que os participantes reduziram a utilização de drogas, aumentaram a capacidade de controlo pessoal, demonstraram um melhor rendimento escolar e diminuíram significativamente os comportamentos depressivos e suicidas.

Numa revisão sistemática da literatura foram descritos 21 estudos a nível internacional (6 desses com origem na Europa) com programas de prevenção indicada destinados a adolescentes e jovens. Os estudos eram maioritariamente sobre intervenções em grupo que visavam reduzir a frequência de consumos, reforçar a autoestima e estimular interações positivas em jovens identificados com fatores de risco em escolas ou

encaminhados por outras entidades (e.g. Tribunais), sendo que na maioria dos casos o grupo-alvo já utilizava substâncias legais ou ilegais. Os autores concluíram que a maioria dos programas contribuíram para uma redução significativa dos consumos e alteração de alguns comportamentos, ou seja, redução da quantidade de cannabis utilizado, diminuição de comportamentos delinquentes, redução do consumo de álcool e nicotina, melhor regulação emocional e maior capacidade de prever as consequências dos seus comportamentos. Contudo, 4 desses estudos não obtiveram melhorias significativas entre os dois momentos de avaliação em algumas das variáveis em estudo (EMCDDA, 2009).

Recentemente, numa revisão sistemática e meta-análise de Verdurmen-Smit, Verdurmen e Engels (2015), foram descritas duas investigações relacionadas com a prevenção indicada em jovens consumidores. As investigações descritas eram compostas por sessões individuais para os jovens e seus pais. O principal objetivo dos autores consistia em reduzir a frequência de utilização de cannabis e fornecer habilidades aos pais que permitissem lidar com o consumo de substâncias dos seus filhos. Os resultados demonstraram que as intervenções preventivas que incluem os pais apresentam melhorias no funcionamento e na comunicação entre a família e uma redução da frequência de utilização de SPA's.

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, apenas foi desenvolvido e aplicado um programa de prevenção indicada da autoria da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) de Lisboa em colaboração com o Centro de Desabilitação das Taipas (2009) destinado a jovens consumidores de substâncias. O grupo foi dirigido a jovens dos 16 aos 23 anos com padrão de uso de SPA's, que apresentavam ou não outros comportamentos de risco associados. O protocolo contou com 5 sessões e tinha como objetivo favorecer a reflexão acerca dos comportamentos adquiridos, relacionados direta ou indiretamente com o uso de SPA's, promovendo a mudança e adoção de comportamentos mais adaptados. Contudo, não são conhecidos os resultados da aplicação do programa usado (IDT, 2009). Desta forma, e embora a nível internacional já tenham sido testados programas de intervenção em grupos de prevenção indicada, a nível nacional esta é a primeira investigação que avalia a eficácia de uma intervenção neste âmbito.

O objetivo geral do nosso estudo é avaliar a eficácia de um programa de prevenção indicada aplicado a uma amostra de jovens consumidores de cannabis através de uma avaliação pré e pós-intervenção dos seguintes indicadores: sintomatologia psicopatológica

e consumo de substâncias. Com base na literatura revista, espera-se que o Grupo de Prevenção Indicada (GPI) apresente melhorias significativas nas variáveis estudadas entre os dois momentos de avaliação.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 10 jovens consumidores de cannabis. O convite foi feito aos utentes da Consulta de Prevenção Indicada (CPI) do Centro de Respostas Integradas de Aveiro (CRIA) que compareceram na CPI a partir de Outubro de 2014. No momento do recrutamento era explicado o objetivo do presente estudo e solicitada a colaboração numa bateria de testes de avaliação psicológica. Caso o utente não aceitasse pertencer ao GPI, era pedida a sua colaboração para o preenchimento dos mesmos instrumentos de avaliação psicológica para que fosse possível criar um grupo de controlo. O GPI começou com 8 participantes, contudo, 4 foram eliminados pelas seguintes razões: 1 participante deixou de frequentar as sessões do grupo, 1 participante não realizou a avaliação correspondente ao pós-teste, 1 participante faleceu e 1 foi excluído devido à presença de psicopatologia. Assim, 4 indivíduos do sexo masculino foram integrados na avaliação do GPI e 6 compuseram o grupo de controlo (n=10).

Relativamente às informações sociodemográficas, o GPI apresenta uma média de idade de 17,83 (Min=16; Max=21; DP=1.72). No que se refere ao estado civil e à naturalidade dos mesmos, todos são solteiros e maioritariamente portugueses. Relativamente às habilitações literárias, 75% (n=4) frequentaram o 3º ciclo e 25% (n=1) frequentaram o 2º ciclo. Quanto à situação profissional, verificamos que são todos estudantes (n=4). No que diz respeito aos consumos, a idade da primeira experiência de tabaco aconteceu entre os 11 e os 15 anos. Relativamente à idade do primeiro consumo de cannabis, 50% dos participantes experimentaram aos 13 anos de idade. Quanto à idade do primeiro consumo de álcool, verificou-se que aconteceu maioritariamente aos 14 anos (50%). Quanto à história familiar de consumos, nenhum participante tem pais consumidores de qualquer substância “ao longo da vida”. Verificou-se, também, que a maior fonte de referência deste grupo foi a CDT (50%).

O grupo de controlo foi constituído com uma média etária de 19,7 (Min=16; Max=21; DP=1.94). Relativamente ao estado civil e à naturalidade, todos os participantes

são solteiros e de nacionalidade portuguesa. No que diz respeito às habilitações literárias, 83,3% (n=5) frequentaram o 3º ciclo e 16,7% (n=1) tinham o 2º ciclo. Quanto à situação profissional, 66,7% (n=4) dos participantes são estudantes, 16,7% (n=1) estão desocupados há menos de um ano e 16,7% (n=1) possui um trabalho estável/regular. No que diz respeito aos consumos, 50% (n=3) dos participantes tiveram a primeira experiência de tabaco aos 13 anos. Quanto à idade do primeiro consumo de cannabis, 33,3% (n=2) experimentou aos 14 anos, 33,3% (n=2) aos 16 anos, 16,7% (n=1) dos utentes experimentou tabaco aos 13 anos de idade e os restantes 16,7% (n=1) aos 13 anos. Por fim, 50% dos participantes experimentaram álcool pela primeira aos 13 anos. Quanto à história familiar de consumos do grupo de controlo, apenas 16,7% (n=1) dos utentes tem pais consumidores de substâncias (álcool). Os utentes do grupo de controlo foram maioritariamente referenciados para o CRIA pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) (50%).

Através da análise efetuada, foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ou seja, as variáveis sociodemográficas e relativas aos consumos consideradas, são idênticas tanto no grupo de controlo como no GPI, exceto no que diz respeito à história familiar de consumos $p<.05$ (Tabela 1 e 2).

Tabela 1.

Caraterísticas sociodemográficas e de consumo (variáveis continuas)

	Grupo de Prevenção Indicada (GPI) n=4	Grupo de Controlo n=6	U
	M Mdn DP	M Mdn DP	
Idade	17.00, 17.00, .816	19.17, 19.50, 1.94	4.00
Idade 1º consumo tabaco	13.25, 13.50, 1.7	13.12, 13.00, 2.04	10.00
Idade 1º consumo cannabis	14.75, 14.50, 2.06	13.83, 14.00, 2.23	10.00
Idade 1º consumo de álcool	14.50, 14.00, 1.73	12.67, 13.00, 2.06	4.50

n: tamanho da amostra, M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Tabela 2.*Caraterísticas sociodemográficas (variáveis categoriais)*

	Grupo de Prevenção Indicada (GPI) n=4		Grupo de Controlo (GC) n=6		χ^2
	n	%	n	%	
Estado Civil					-
Solteiro	4	(100)	6	(100)	
Habilitações Literárias					3.60
2º Ciclo	1	(25)	1	(16,7)	
3º Ciclo	3	(75)	5	(83,3)	
Ensino Secundário (10.º- 12.ºano)	-	-	-	-	
Situação Profissional					9.80
Estudantes	4	(100)	4	(66,7)	
Trabalho estável/regular	-	-	1	(16,7)	
Desocupado há um ano ou mais	-	-	-	-	
Desocupado há menos de um ano	-	-	1	(16,7)	
História familiar de consumos					6.40*
Mãe	-	-	-	-	
Pai	-	-	1	(16,7)	
Fonte de referenciação					4.0
CDT	2	(50)	2	(33,3)	
CPCJ	1	(25)	-	-	
DGRSP	-	-	3	(50)	
Instituição escolar	1	(25)	-	-	
Família/Amigos	-	-	1	(16,7)	

n: tamanho da amostra, %: percentagem, χ^2 : Teste do Qui-Quadrado, *p<.05

2.2. Instrumentos

Todos os participantes responderam voluntariamente aos seguintes instrumentos de avaliação psicológica: a) o *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R; Derogatis et al., 1977; versão Portuguesa: Baptista, 1993); b) o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT; WHO, 1982; versão Portuguesa: SICAD, 2002); c) o *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult; Kincannon, 1968; versão Portuguesa: Lopes, 1985); d) o *Alcohol, Smoking and substance involvement screening test* (ASSIT; WHO, 2003; versão Portuguesa: SICAD, 2011); e e) o *Standard Progressive Matrices* (SPM; Raven, Court &

Raven, 1938). O ASSIT, AUDIT e SCL-90 foram utilizados como forma de operacionalizar as variáveis dependentes.

Inicialmente utilizou-se o Sistema Informático Multidisciplinar (SIM) para aceder à ficha base e recolher a informação respeitante aos dados sociodemográficos e aos consumos, bem como os processos clínicos dos utentes quando era necessário clarificar alguns dados do SIM.

O SCL-90-R é uma escala de psicopatologia geral que possui nove subescalas sintomatológicas (*somatização; obsessão/compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade, agorafobia; ideação paranóide e psicoticismo*) e sete adicionais (*apetite reduzido, apetite aumentado, distúrbios no sono ao deitar, distúrbios no sono ao levantar, insónias, pensamentos sobre a morte e sentimentos de culpa*) bem como um índice global [Índice Geral de Sintomas (ISG)]. Os 90 itens que compõem este inventário, são respondidos numa escala do tipo *Likert* de quatro pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Extremamente). No estudo de validação original do SCL-90-R, o teste psicométrico realizado indicou uma excelente consistência interna, com o alfa de Cronbach a variar entre .77 e .90 para as subescalas, e a consistência do teste-reteste com coeficientes alfa entre .78 e .90. Na versão portuguesa de Baptista (1993), os resultados são idênticos o que demonstra valores adequados de validade estrutural e fidelidade (Baptista, 1993).

O instrumento de avaliação psicológica Mini-Mult é uma versão reduzida do Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (MMPI). O Mini-Mult foi criado para avaliar um grande número de padrões da personalidade e perturbações emocionais através de três escalas de validade (*mentira; validade e correção*), e oito escalas clínicas (*hipocondria; depressão; histeria; psicopatia; paranoia; psicastenia; esquizofrenia e hipomania*). As 71 questões que integram o Mini-Mult permitem medir a sintomatologia clínica, traçar um perfil psicopatológico do sujeito, isto é, avaliar o modo global do funcionamento do indivíduo. Visto que este teste não está aferido para a população portuguesa, não existem dados sobre as suas características psicométricas. Contudo, na sua versão original (Kincannon, 1968) o alfa de *Cronbach* variou entre .70 e .96 nas diferentes escalas.

O AUDIT é um instrumento de avaliação criado para a triagem e diagnóstico de problemas ligado ao álcool, tendo como objetivo a detecção do consumo de risco, excessivo e dependência de álcool. Este foi desenvolvido para ser utilizado a nível

internacional, tendo sido validado para vários países. A versão portuguesa é constituída por 10 itens, organizados numa escala tipo *likert* de 4 pontos, cujas perguntas incluem o consumo de álcool (frequência e episódios de ingestão excessiva), sintomas de dependência (ingestão ao despertar, incapacidade de parar de consumir, amnésias transitórias e sentimentos de culpa) e problemas resultantes do consumo (dificuldade em realizar as atividades normais, preocupação manifesta pelos outros) (WHO, 2001). No estudo de validação do AUDIT em Portugal, o teste apresentou um bom coeficiente de correlação (alfa de Cronbach de .72 e no teste-reteste de 0.92) (Cunha, 2002).

O instrumento ASSIST está validado e adaptado para a população Portuguesa por Valadas, Gonçalves e Faísca (2009) e é utilizado para identificar problemas ou risco de utilizar tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinogénios, inalantes, opioides e outras substâncias que não se enquadrem nas 9 anteriores. O objetivo do ASSIST é detetar pacientes com problemas ligados ao uso de drogas, e sugerir que tipo de intervenção é mais adequada (intervenção breve ou mais longa) para cada substância que avalia. Este instrumento é constituído por 8 questões, sendo que a 1, 2, 3, 6 e 7 são destinadas a avaliar a existência de uma dependência, enquanto que as 4, 5 e 8 são usadas para a pesquisa de um padrão de abuso. Por fim, a pergunta 8 foi elaborada para avaliar se o paciente já injetou alguma SPA's ao longo da sua vida (WHO, 2006). Segundo a WHO (2006), este instrumento apresenta uma boa validade interna, sendo que o alfa de *Cronbach* apresentou valores acima de .80 na maioria dos itens que compõem o ASSIST.

As Matrizes Progressivas de Raven são utilizadas para avaliar o raciocínio (abstrato, analógico, indutivo, dedutivo, perceptivo, espacial e não verbal), as funções executivas, a inteligência fluída e as aptidões visuo-espaciais. Considera-se que este teste também mede a capacidade de resolução de problemas, independentemente do conhecimento adquirido ou de aptidões verbais já desenvolvidas. Assim, as Matrizes Progressivas são tarefas de resolução de problemas que requerem o uso de estratégias eficazes, o qual é influenciado pelo nível de aptidão geral do sujeito. O principal objetivo deste teste é medir a inteligência geral através do fator “g” de Spearman (Raven, Court & Raven, 1998). A tarefa do indivíduo é selecionar, dentro de 6 ou 8 alternativas, a correspondente à parte que falta e que completa logicamente cada padrão ou sistema de relações. A versão escolhida (SPM) é constituída por 60 itens, distribuídos por 5 séries (A,

B, C, D e E), de 12 itens cada uma. Cada item é constituído por figuras geométricas abstratas, a preto e branco, às quais falta sempre um elemento. Por baixo de cada sequência, estão presentes 6 a 8 figuras e apenas um delas completa corretamente a sequência de cima (Simões, 2000; citado por Rodrigues, 2011). Os 24 itens que compõem as séries A e B, “exigem a percepção de semelhanças, diferenças simetria e continuidade das partes em relação à estrutura da matriz”; os restantes 36 itens, que compõem as séries C, D e E, “dizem respeito a operações analíticas de educação de relações e educação de correlatos” (Simões, 2000). O grau de dificuldade é progressivamente crescente, quer das próprias séries, quer dos itens que as constituem. Cada item é cotado com 1 ponto quando respondido de forma correta; e com 0 se respondido incorretamente ou se for deixado em branco.

2.3. Procedimento

Inicialmente os participantes respondiam a um conjunto de questões sociodemográficas e relativas aos consumos que eram registadas por um assistente social na ficha base do SIM. Posteriormente, o terapeuta de referência recrutava os utentes durante a primeira CPI e explicava os objetivos do presente estudo. Caso o utente aceitasse pertencer ao mesmo e cumprisse o critério de inclusão (ter entre 16 e 21 anos) preenchia a bateria de testes de avaliação psicológica (Mini-Mult, SCL-90-R, AUDIT, ASSIST, Matrizes Progressivas de Raven) correspondente à fase do pré-teste. Contudo, o utente só era incluído na investigação após serem verificados os critérios de exclusão (consumir outras SPA que não a cannabis, ter diagnóstico de psicopatologias ou resultados que indiquem debilidade mental). O Mini-Mult e as Matrizes Progressivas de Raven foram aplicadas apenas na primeira fase de avaliação, sendo que o primeiro foi utilizado com o objetivo de avaliar a existência de psicopatologias que impedissem a participação no estudo e o segundo para despiste de debilidades mentais que colocassem em causa a capacidade de retenção dos conteúdos psicoeducativos que seriam transmitidos. Apesar do SCL-90-R ter sido aplicado nas duas fases de avaliação, este instrumento também foi usado para o despiste de psicopatologias. Caso o utente preenchesse todos os critérios necessários, deixava de frequentar a consulta individual do CRIA. O consentimento informado para a colaboração voluntária na investigação era lido e assinado na primeira sessão do GPI.

Apesar do programa aplicado ser exclusivamente sobre a cannabis, o consumo de álcool também foi abordado com o objetivo de alertar os jovens para os efeitos e possíveis consequências deste consumo, principalmente no que se refere à interação desta substância com a cannabis. O CRIA fornece este tipo de abordagem preventiva visto estarmos a assistir a um estilo de consumo preocupante (“*Binge Drinking*”) na população jovem.

O programa de prevenção indicada possui um carácter psicoeducativo e diz respeito a um programa piloto criado por um técnico da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e pela equipa do CRIA (Tabela 3). Todos os técnicos envolvidos na construção do mesmo possuem uma vasta experiência na área da prevenção, o que permitiu reunir os mais diversos conhecimentos e construir um programa que respondesse adequadamente às necessidades dos jovens consumidores de cannabis. Importa referir que a construção do programa baseou-se numa pesquisa da literatura realizada a nível internacional. Assim sendo, o programa piloto de prevenção indicada foi criado com o objetivo de reduzir a frequência de consumo de substâncias e os fatores de risco individuais, transmitir informação sobre os efeitos e consequências do consumo de drogas, melhorar as competências sociais dos participantes e a capacidade de resolução de problemas e de gestão de conflitos. O programa aplicado contou com 7 sessões (Anexo A) que decorriam de forma quinzenal com a duração de aproximadamente 90 minutos e orientadas por dois dinamizadores. Uma das sessões do programa aconteceu em duplicado, ou seja, dois dinamizadores conduziram a sessão dos jovens e outros dois orientaram uma sessão para os familiares ou amigos dos participantes. Nesta sessão foram abordados os mesmos conteúdos tanto para os jovens como para os familiares ou amigos. No término da intervenção o terapeuta de referência agendava uma data com o participante, e este voltava a preencher os instrumentos de avaliação psicológica correspondentes ao pós-teste (ASSIST, AUDIT e SCL-90-R).

O grupo de controlo seguia os mesmos formatos, ou seja, preenchia os mesmos instrumentos de avaliação psicológica que o GPI quando começavam a frequentar a consulta individual (pré-teste) e após decorridos 3 meses desde a primeira aplicação (pós-teste).

Tabela 3.

Temáticas abordas no grupo de prevenção indicada

Sessão	Principais conteúdos psicoeducativos	Estratégias
Sessão 1	Apresentação do programa e da legislação	Dinâmicas de grupo (apresentação dos participantes) e jogo educativo
Sessão 2	Cannabis: Efeitos, Sintomas. A Cannabis e a sua interação com outras substâncias	Exposição informativa (PowerPoint)
Sessão 3	Estilos de comunicação	Role-Play (situações tipo no consumo de cannabis) e exercício sobre estilos de comunicação
Sessão 4	Pressão de pares, resolução de problemas e tomada de decisão	Role-Play (pressão de pares no consumo de cannabis) e jogo sobre tomada de decisão
Sessão 5	Prevenção da recaída	Exercício prático para estimular formas de estar, agir e refletir em situações complexas
Sessão 6	Famíliares e amigos	Dinâmica de grupo sobre hipóteses de resolução de problemas
Sessão 7	Avaliação final	Questionário de expectativas e de avaliação global. Dinâmica de grupo de encerramento

2.4. Análise de dados

A análise de dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL), versão 19.0. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas (frequências, médias, desvios-padrão e percentagens) e análises

estatísticas inferenciais. Em consequência do número reduzido da amostra, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos. Inicialmente utilizaram-se testes de U de Mann-Whitney (U) para avaliar a existência de diferenças entre as variáveis contínuas e o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para as variáveis categoriais. O teste de Wilcoxon (Z) foi utilizado para amostras emparelhadas, para comparar os resultados obtidos do pré-teste para o pós-teste dos dois grupos, com objetivo de analisar os efeitos das intervenções ao nível das variáveis em estudo. Por fim, o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney (U) foi utilizado para comparar os resultados obtidos no pré e pós-teste em ambos os grupos (amostras independentes). Estabeleceu-se um nível de significância estatística de $p < .05$.

3. Resultados

Inicialmente procedeu-se à análise estatística dos instrumentos de avaliação psicológica aplicados apenas na primeira fase de avaliação (pré-teste) (Tabela 4 e 5).

Tabela 4.

Caraterização da amostra relativamente à personalidade

	Grupo de Prevenção Indicada (GPI) n=4	Grupo de Controlo n=6	U
	M Mdn DP	M Mdn DP	
Índice de dissimulação (F-K)	-19.50, -21.50, 8.10	-15.00, -17.00, 15.14	6.00

n: tamanho da amostra, M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Na análise dos resultados do instrumento da personalidade apenas foi calculada a variável correspondente ao “índice de dissimulação” (F-K) porque 80% (n=8) dos participantes obtiveram um resultado inválido. Resultados inferiores a -11 sugerem que os participantes tendem a dar uma imagem favorável de si mesmos e a minimizar ou negar dificuldades. Em consequência, qualquer interpretação sobre outros dados do perfil fica impossibilitada (Cunha et. al, 2000).

Tabela 5.*Caraterização da amostra relativamente à inteligência geral*

	Grupo de Prevenção Indicada (GPI) n=4	Grupo de Controlo n=6	U
	M Mdn DP	M Mdn DP	
Inteligência geral	43.50, 43.50, 4.93	41.83, 43.50, 6.62	10.00

n: tamanho da amostra, M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Os resultados obtidos indicam que os participantes deste estudo possuem uma inteligência normal corrente ($90 \leq Q.I. < 110$). Este resultado demonstra que a nossa amostra possui capacidades cognitivas para reter os conteúdos transmitidos.

Ao confrontar os resultados obtidos pelo GPI e pelo grupo de controlo no primeiro momento de avaliação (pré-teste), observou-se que ambos os grupos são equivalentes tanto ao nível dos consumos como ao nível da sintomatologia psicopatológica (Anexo B e C). A mesma comparação foi realizada nos resultados do pós-teste. A análise efetuada permitiu concluir que não existem resultados com relevância estatística em nenhuma das variáveis analisadas ($p > .05$). Ou seja, o GPI e o grupo de controlo obtiveram resultados semelhantes no segundo momento de avaliação (Anexo D e E).

De forma a averiguar a eficácia do programa de prevenção indicada, os resultados do pré-teste do GPI foram confrontados com os resultados do pós-teste. Os dados observados evidenciam que não existem diferenças significativas entre as duas fases de aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica. Contudo, podemos constatar que na escala de psicopatologia geral, algumas subescalas sintomatológicas (obsessão e compulsão, relações interpessoais, hostilidade e ideação paranoide) sofreram uma pequena redução na fase pós-intervenção, embora não tenha sido encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa. Ao nível dos consumos, observou-se que o consumo de álcool manteve-se inalterado e que o consumo de cannabis obteve resultados muito idênticos entre a fase do pré e pós-teste. Relativamente ao consumo de tabaco, constatou-se que houve um pequeno aumento entre as duas fases de avaliação (Tabela 6).

Tabela 6.*Diferenças entre o pré e pós-teste no GPI*

	Pré-teste	Pós-teste	Z
	M, Mdn, DP	M, Mdn DP	
ASSIST			
Tabaco	13.25, 16.00, 7.09	17.50, 20.00, 8.06	-1.60
Álcool	4.25, 4.00, 1.79	4.25, 3.50 1.89	.00
Cannabis	13.00, 10.50, 8.37	8.75, 9.00, 2.22	-1.10
AUDIT	4.50, 3.50, 4.65	4.50, 5.50, 3.11	.00
SCL-90-5			
Somatização	.29, .25 .22	.27, .21, .22	.00
Obsessão e Compulsão	.43, .50, .31	.22, .15, .19	-1.29
Relações Interpessoais	.30, .22, .17	.17, .17, .14	-1.83
Depressão	.31, .31, .28	.38, .27, .40	-.535
Ansiedade	.13, .05, .19	.12, .13, .08	-.184
Hostilidade	.21, .25, .16	.04, .00, .08	-1.60
Ansiedade Fóbica	.07, .00, .14	.04, .00, .08	-.447
Ideação Paranoide	.20, .25, .16	.08, .08, .09	-1.07
Psicoticismo	.25, .25, .21	.27, .25, .28	-.184
Apetite Reduzido	.00, .00, .00	.00, .00, .00	.00
Apetite Aumentado	1.50, 1.00, 1.00	1.25, 1.00, 1.25	-1.0
Pert. do sono ao deitar	.50, .50, .57	.75, 1.0, 1.26	-1.0
Pert. do sono ao levantar	.00, .00, .00	.50, .50, .58	.00
Insónias	.25, .00, .50	.00, .00, .00	-1.0
Pensamentos sobre a morte	.75, .00, 1.50	1.00, 1.00, 1.15	-.447
Culpa	.00, .00, .00	.00, .00, .00	.00
IGS	.26, .21, .22	.22, .19, .18	-1.60

M: Média, DP: Desvio-padrão, Z: teste de Wilcoxon

Os resultados obtidos pelo grupo de controlo entre a fase do pré e do pós teste também foram analisados de forma a verificar a existência de melhorias significativas. Os dados observados indicam que o grupo de controlo melhorou em algumas subescalas do SCL-90-R. Desta forma, verificou-se uma diminuição do pré-teste na subescala obsessão e compulsão ($Z=-1.86$, $p\leq .05$); depressão ($Z=-2.20$, $p\leq .05$); ansiedade ($Z=-2.03$, $p\leq .05$); relações interpessoais ($Z=-2.06$, $p\leq .05$); perturbação do sono ao levantar ($Z=-2.12$, $p\leq .05$); e no índice geral de sintomas (IGS) ($Z=-2.20$, $p\leq .05$). Para as restantes subescalas não foram encontrados resultados significativos que apontem para alterações entre o pré e o pós-teste. Nos instrumentos relativos aos consumos (ASSIST e AUDIT), também não se

observaram diferenças estatisticamente significativas, embora o consumo de cannabis tenha sofrido uma pequena redução do pré-teste (Mdn=10.50) para o pós-teste (Mdn=1.00) (Tabela 7).

Tabela 7.

Diferenças entre o pré e pós-teste no grupo de controlo

	Pré-teste	Pós-teste	Z
	M, Mdn DP	M, Mdn, DP	
ASSIST			
Tabaco	14.50, 13.50, 4.41	11.17, 10.50, 9.17	-.674
Álcool	2.83, 2.50, 2.04	4.83, 3.00, 4.62	-1.35
Cannabis	11.33, 10.50, 6.77	5.83, 1.00, 8.77	-1.36
AUDIT	4.83, 3.50, 3.60	3.67, 3.00, 1.96	-1.13
SCL-90-5			
Somatização	.35, .17, .51	.24, .13, .33	-1.86
Obsessão e Compulsão	.68, .70, .30	.25, .20, .27	-2.02*
Relações Interpessoais	.41, .39, .23	.17, .16, .15	-2.06*
Depressão	.31, .27, .23	.11, .11, .11	-2.20*
Ansiedade	.30, .20, .35	.12, .05, .19	-2.03*
Hostilidade	.42, .33, .44	.19, .08, .27	-1.58
Ansiedade Fóbica	.18, .07, .27	.00, .00, .00	-1.34
Ideação Paranoide	.92, 1.00, .69	.27, .00, .60	-1.76
Psicoticismo	.28, .25, .28	.07, .00, .12	-1.83
Apetite Reduzido	.25, .00, .50	.17, .00, .40	.00
Apetite Aumentado	2.00, 2.00, .82	.83, .50, 1.2	-1.73
Pert. do sono ao deitar	.50, .50, .57	.17, .00, .41	-1.41
Pert. do sono ao levantar	1.25, 1.00, 1.26	.00, .00, .00	-2.12*
Insónias	.25, .00, .50	.00, .00, .00	-1.0
Pensamentos sobre a morte	.25, .00, .50	.16, .00, .41	-.816
Culpa	1.00, .50, 1.41	.00, .00, .00	-1.63
IGS	.44, .38, .27	.16, .10, .20	-2.20*

*M: Média, DP: Desvio-padrão, T: t de student, Z: Teste de Wilcoxon, *p≤ .05*

4. Discussão

Conforme o que foi descrito na revisão da literatura, assiste-se atualmente a um acréscimo do número de indivíduos que recorrem ou são encaminhados para os serviços de saúde tendo a cannabis como droga principal (SICAD, 2013a). A crescente procura de respostas preventivas nesta área deve-se ao facto de estarmos a assistir a um aumento das proporções de consumidores de cannabis no grupo mais jovem de indivíduos (15-24 anos) (EMCDDA, 2015). Perante esta realidade, o CRIA sentiu necessidade de criar um GPI, não só pelo interesse em testar um programa nesta área em Portugal, mas também para efetivar a resposta aos numerosos pedidos que tem recebido nos últimos tempos.

Através da análise efetuada concluímos que a hipótese principal de investigação não foi confirmada, ou seja, não foi possível comprovar a eficácia do programa de prevenção indicada implementado num grupo de jovens consumidores de cannabis ao nível de consumos e da sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, os resultados não vão de encontro à maioria das conclusões dos estudos referidos pelos autores (Sussman, Dent & Stacy, 2002; Eggert e Nicholas, 2003; EMCDDA, 2009; Verdurmen-Smit, Verdurmen & Engels, 2015), visto que os mesmos obtiveram, em grande parte, reduções significativas em diversas variáveis em estudo, inclusive na frequência de consumo de substâncias.

Apesar de se ter constatado que os resultados ao nível das variáveis estudadas, comparativamente aos dois momentos de avaliação, não apresentaram significância estatística, parece-nos relevante refletir acerca dos mesmos. O facto de não se ter obtido reduções significativas no consumo de cannabis é semelhante ao que ocorreu em alguns estudos da revisão sistemática da literatura do EMCDDA (2009), nomeadamente no estudo de White e seus colaboradores (2006) (citado por EMCDDA, 2009), em que se observou uma redução do consumo de cannabis mas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste. Por um lado, este resultado pode ser explicado pelo número reduzido da amostra, mas por outro, consideramos que no momento da intervenção os participantes poderiam não estar disponíveis para alterar o seu padrão de consumo da forma como esperávamos.

Sabe-se que em consequência da utilização precoce de SPA's, os indivíduos apresentam maior risco de sofrerem problemas de saúde a longo prazo (Bauman & Phongsavan, 1999; Brook et al, 1999; Gil et al., 2004; Timberlake et al; 2007; Winters & Lee, 2008; citado por EMCDDA, 2014), contudo, a cannabis é a droga ilícita que os jovens

atribuem menor risco para a saúde (SICAD, 2013a). Assim, e apesar de um dos objetivos desta intervenção ter sido informar os participantes sobre os efeitos e possíveis consequências que o consumo acarreta a vários níveis (e.g. saúde e legais), tais informações parecem não ter surtido efeitos significativos na população estudada. Ainda ao nível do consumo de substâncias, os nossos dados indicam que a intervenção proporcionou uma manutenção da frequência de ingestão de álcool, sendo que a mesma pode ser observada tanto no instrumento AUDIT como no ASSIST. Relativamente ao consumo de cannabis este manteve-se praticamente inalterado entre as duas fases de avaliação. Porém, verificou-se um ligeiro aumento no consumo de tabaco. Visto que não seria de esperar um aumento deste consumo, embora ligeiro, achamos que pode ser explicado por uma diferença aleatória, não se encontrando necessariamente relacionado com a intervenção aplicada. As restantes subescalas que compõem o ASSIST não foram avaliadas uma vez que todas as respostas obtiveram resultados iguais a 0.

A existência de sintomatologia psicopatológica foi estudada com o objetivo de avaliar a existência de fatores de risco individuais, visto que os mesmos são importantes na adoção dos CAD (Iglesias & Tomas, 2011). Todavia, a hipótese principal deste trabalho não foi confirmada, uma vez que a análise efetuada demonstrou que também não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. Contudo, seria de esperar este resultado visto que a intervenção em grupo não proporcionou momentos de partilha de dificuldades individuais relacionadas com alguns sinais e sintomas psicopatológicos.

Pareceu-nos relevante realizar a avaliação pré e pós-intervenção do grupo de controlo uma vez que não foram encontradas melhorias significativas entre os dois momentos de avaliação do GPI. Quando se analisaram os resultados pré e pós-intervenção apenas do grupo de controlo, encontraram-se reduções estatisticamente significativas no pós-teste ao nível da sintomatologia psicopatológica. Estes resultados não se poderão dever a diferenças entre o pré-teste de ambos os grupos nem às características sociodemográficas e de consumo porque verificou-se que tanto o GPI como o grupo de controlo são semelhantes. Ao analisarmos este acontecimento, surge-nos apenas uma explicação possível. A redução significativa observada ao nível da sintomatologia psicopatológica no segundo momento de avaliação poderá dever-se ao facto dos participantes terem beneficiado de uma intervenção individual de prevenção indicada. Este fator poderá ter

levado a que os participantes do grupo de controlo, ao contrário do GPI, tenham tido a oportunidade de explorar dificuldades pessoais. Os autores Lowinson, Ruiz, Millman e Langrod (2004) afirmam que uma das principais vantagens das intervenções individuais comparativamente às intervenções em grupo é permitir que o terapeuta se foque nos problemas apresentados pelo indivíduo e possa utilizar o tempo necessário até que o paciente apresente melhorias. Deste modo, estes dados corroboram o que foi dito pelo SAMHSA (1999), ao defender que intervenções em grupo neste tipo de populações são mais benéficas do que as intervenções aplicadas individualmente. Porém, seria importante que em estudos futuros esta análise voltasse a ser realizada no sentido de se averiguar em maior profundidade esta conclusão.

A principal limitação desta investigação refere-se ao tamanho reduzido da amostra. O facto de termos analisado um número pequeno de indivíduos poderá ter influenciado a obtenção de resultados estatisticamente significativos, pelo que se sugere que em estudos futuros, o número de participantes seja maior, de forma a obter-se uma amostra mais representativa da população estudada. Outro aspeto que poderá ter condicionado a nossa investigação foi o facto de não se tratar de um estudo com um plano completamente aleatório, ou seja, utilizou-se uma amostra de conveniência no grupo de controlo, ao invés de se utilizar um método aleatório de seleção.

Outra limitação plausível para a ineficácia do programa de prevenção indicada, poderá estar relacionada com o facto dos participantes não terem recorrido ao CRIA por vontade própria. Algumas fontes de referência (e.g. DGRSP) pressionam os utentes a permanecer neste serviço durante determinado tempo e sob pena de sanções mais graves. Desta forma, e apesar da participação neste grupo ter sido voluntária, este fator poderá ter reduzido a motivação dos utentes em participar nesta investigação.

Embora os participantes tenham mostrado resultados de inteligência normal corrente e tenha existido o cuidado de selecionar instrumentos de avaliação psicológica que podem ser aplicados a indivíduos com 16 anos ou mais, achamos que os jovens apresentaram muitas dificuldades na compreensão da linguagem utilizada no Mini-Mult. Esta dificuldade poderá ser a causa da invalidação do Mini-Mult e não necessariamente o facto de os participantes estarem a dissimular características da sua personalidade (Cunha, et al., 2000). Posto isto, parece-nos que será pertinente alterar este instrumento por outro validado e aferido para a população portuguesa (e.g. Questionário da Personalidade de

Eysenck – EPQ-R; versão portuguesa: Almiro & Simões, 2011). Não podemos deixar de referir que este acontecimento poderá ter colocado um entrave na nossa investigação. Ou seja, o facto de termos obtidos resultados inválidos no mesmo, impediu-nos de avaliar com precisão a existência de psicopatologias (critério de exclusão).

Em forma de sugestão para investigações futuras, sugere-se que seja avaliada a existência de melhorias no conhecimento sobre as temáticas abordadas em cada sessão (através da comparação do questionário pré e pós sessão). Desta forma, poderá ser verificado se os resultados se devem a uma fraca aprendizagem dos conteúdos apresentados.

Ao nível das sessões do grupo poderiam ser desenvolvidas mais sessões que envolvessem os familiares dos jovens consumidores, visto existirem evidências de que estas são eficazes (Verdurmen-Smit, Verdurmen e Engels 2015). Já o SICAD (2013b), ao definir as linhas gerais de orientação à intervenção preventiva nos CAD, salientou que é essencial a mobilização dos pares para que exista elementos contentores, capazes de lerem sinais de maior desequilíbrio e de agirem de acordo com o risco identificado.

Podemos concluir que a presente investigação mostra-se relevante, no sentido em que fornece a nível nacional, a primeira análise de eficácia de um programa em grupo de prevenção indicada destinado a jovens consumidores de cannabis. Apesar de termos obtido resultados sem significância estatística, a intervenção em grupo contribuiu para a manutenção de vários domínios, nomeadamente no consumo de álcool e cannabis e na sintomatologia psicopatológica. Porém, face aos resultados obtidos na amostra que beneficiou de intervenção individual (controlo), podemos concluir que esta foi mais benéfica ao nível da sintomatologia psicopatológica do que a intervenção realizada em grupo. Estes resultados vêm colocar em dúvida a pertinência de se realizarem intervenções em grupo neste tipo de populações.

Referências

- Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2011). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R): Breve revisão dos estudos de validade concorrente. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 42, 101-120. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.050
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Becoña I. E. (2007). Bases Psicológicas de la Prevención del Consumo de Drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 11-20. doi: 10.1590/S1135-57272012000200007
- Calafat, A., Montse, G., Becoña, J. E., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185-192. doi:10.1015/j.drugalcdep.2014.02.705
- Cartana, M. H. F., Santos, S. M. A., Fenili, R. M., & Spricigo, J. S. (2004). Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(2), 286-289.
- Carvalho, A., Lemos, E., Raimundo, F., Costa M., & Cardoso, F. (2007). Caraterização do consumo de substâncias psicoativas numa população escolar. *Toxicodependências*, 13(3), 31-36.
- Copeland, J., Swift, W., & Rees, V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 45-52. doi: 10.1016/S0740-5472(00)00148-3
- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Cunha, J., et al. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and procedures manual – II for revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Eggert, L.L., Nicholas, L.J. (2003). *Reconnecting Youth: A Peer Group Approach to Building Life Skills*. 2ªEd. Canada: Solution Tree.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2008). *A cannabis reader: global issues and local experiences*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2013). Characteristics of frequent and high-risk cannabis users. Retirado a 20 de Julho de 2015, de <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/frequent-cannabis-users>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2014). *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: A systematic review*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2015). *Relatório Europeu sobre Drogas*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Frasquilho, M. A. (1996). Comportamento problema em adolescentes: Fatores protetores e educação para a saúde. 1ªEd. Lisboa: Laborterapia.
- Iglesias, E. B., & Tomás, M.C. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Valência: Sociodroalcohol
- Instituto da droga e da toxicodependência [IDT]. (2009). GPI: Grupo de prevenção indicada. Lisboa: IDT.
- Jiménez, A.M., Manzano, A.P., & Arenas, J.Z. (2014). Young people, drugs, prevention, and ICTS. *Social and Behavioral Sciences*, 132, 398-404. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.328
- Kincannon, J.C (1968). Prediction of the standard MMPI scales scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 30, 189-191. doi: 10.1037/h0025891
- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (2004). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 4ªEd. United States: Lippicott Williams & Wilkins.
- Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 293-300.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). Cuidados ao Toxicodependente. Lisboa:
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Maryland: National Institute on Drug.

- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2014a). *Principles of Adolescent Substance use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Maryland: National Institute on Drug.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2014b). Drugs, Brains, and Behavior. The Science of Addiction. Retirado a 21 de Julho de 2015, de <http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>
- Newton, N.C., Andrews, G., Champion, K. E., & Teesson, M. (2014). Universal Internet-based prevention for alcohol and cannabis use reduces frequency, psychological distress and moral disengagement: A cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 65, 109-115. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.05.003
- Raven, J.C., Court, J.H., Raven, J. (1998). *Test de Matrizes Progressivas*. 2ªEd. Espanha: Paidós Argentina.
- Reis, A., Barros, J., Parreira, L., Gomes, M., Figueiredo, I., & Matapa, S. (2011). Prevalência da ingestão de álcool nos adolescentes – Estudo Pinga. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 338-46.
- Rodrigues, S. (2011). *Saber Ler, Saber Aprender: Será a Linguagem o Preditor principal da Inteligência?* Dissertação de Mestrado - Universidade da Madeira, Portugal.
- Rozin, L., & Zagonel, I.P.S. (2012). Fatores de risco para a dependência de álcool em adolescentes. *Ata Paulista de Enfermagem*, 25(2), 314-8. doi: 10.1590/S0103-21002012000200025
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD]. (2012). *Tratamento de dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. (Cap. 4, pp. 49-150). Brasília: SENAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013a). *Rede de referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013b). *Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. Lisboa: SICAD.

- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a ciência e a Tecnologia.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Estados Unidos da America: SAMHSA.
- Sussman, S., Dent, C.W., & Stacy, A. (2002). Project towards no drug abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior*, 26(5), 354-365. doi: 10.5993/AJHB.26.5.4
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J.E.E., & Engels, R.C.M.E (2015). The Effectiveness of Family Interventions in Preventing Adolescent Illicit Drug Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*. doi: 10.1007/s10567-015-0185-7
- World Health Organization [WHO]. (2001). *The Alcohol use Disorders Identification test*. 2ªEd. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention: A Technical Report of Phase II Findings of the WHO ASSIST Project*. Geneva: WHO

Anexo A – Breve Descrição das Sessões do Programa de Intervenção

Sessão 1

A primeira sessão começa com a apresentação dos intervenientes do grupo de prevenção indicada, pelos objetivos do mesmo e pela assinatura do consentimento informado e preenchimento do questionário de expectativas. Nesta sessão são apresentadas noções de saúde, SPA's, CAD e substâncias ilícitas e lícitas. Assim, os objetivos da mesma centram-se na promoção das relações entre os participantes do grupo, no enquadramento da temática de saúde, SPA's e CAD e na informação e clarificação da legislação portuguesa em matéria de substâncias. A metodologia usada consistiu em dinâmicas de grupo para a apresentação dos participantes e um jogo educativo (“*quiz*”) para avaliar conhecimentos em matéria de substância.

Sessão 2

A segunda sessão centra-se na substância cannabis e seus derivados, efeitos, sintomas e consequências físicas e psicológicas que podem advir do seu consumo. Os principais objetivos da sessão consistem na descrição e identificação das diferentes apresentações da cannabis e suas formas de consumo e no impacto deste nos mecanismos fisiológicos e químicos do cérebro. A metodologia aplicava foi essencialmente expositiva.

Sessão 3

Esta sessão pretende abordar os estilos de comunicação predominantes e a importância da comunicação nas relações interpessoais. Os jovens são desafiados a distinguir o estilo de comunicação passivo, assertivo, manipulador e agressivo, compreender as consequências pessoais e relacionais de cada um dos estilos, aumentar competências de comunicação assertiva e compreender a importância das relações interpessoais e da comunicação no comportamento. Os exercícios práticos desta sessão consistem num exercício de auto diagnóstico sobre estilos de comunicação e um role-play sobre situações-tipo (contexto de consumo de cannabis).

Sessão 4

A quarta sessão pretende desenvolver a capacidade dos jovens identificarem e resistirem à pressão dos pares, desenvolverem a capacidade de análise de problemas e de tomada de decisão, bem como fomentar o conhecimento, confiança e coesão do grupo. O tema proposto pretende melhorar a competência individual para identificar motivos de

cedência à pressão, treinar formas de lidar com a mesma e reforçar competências básicas já adquiridas (sessão anterior). Simultaneamente, nesta sessão são analisadas as diferenças entre o processo de resolução de problemas e a tomada de decisão. Para o efeito, os participantes são convidados a realizar um jogo sobre tomada de decisão e um *role-play* sobre a pressão de pares no contexto das substâncias (cannabis).

Sessão 5

Na quinta sessão, pretende-se uma reflexão sobre o percurso nos CAD, dependência, tratamento e o processo de recaída. Sendo que o último é conceptualizado como fazendo parte do processo de mudança. Nesta sessão é abordada a importância da rede pessoal e social do indivíduo, na qual se insere o grupo, técnicas de resolução de problemas e identificação de sinais de alerta. Quanto à metodologia, é realizado um exercício prático para estimular novas formas de estar, agir e refletir em situações complexas, nas quais coexistem valores e conceitos morais.

Sessão 6

A sexta sessão aconteceu em duplicado (à mesma hora e em salas com dinamizadores diferentes) para os participantes do GPI e para familiares ou amigos destes. Com esta sessão, pretende-se aumentar o conhecimento sobre SPA's, em particular sobre a cannabis, enquadrando a temática no âmbito da saúde e prevenção indicada, ajudando jovens e seus familiares/amigos a identificar sinais de alerta, a lidar situações de consumo, a conhecer os recursos de apoio especializado em CAD e aumentar o conhecimento sobre atitudes e comportamentos que fomentam e facilitam relações familiares/sociais positivas. Nesta sessão é utilizada uma dinâmica de grupo que facilita a identificação de situações problema na relação pais/amigos – filhos/amigos e em grupo identificar hipóteses de resolução de problemas apresentados através dos participantes (sendo a dinâmica utilizada nos dois contextos da sessão).

Sessão 7

A última sessão tem como objetivo geral avaliar as expectativas dos participantes após a participação nas sessões, avaliar as sessões de prevenção globalmente, bem como os conteúdos aprendidos ao longo de cada sessão, suscitando sugestões e comentários de melhoria. Como material de apoio são preenchidos um questionário de expectativas (diferente do inicial) e um outro de avaliação global (qualitativa e quantitativo) estando prevista uma dinâmica de grupo de encerramento.

Nota: No início e no final de cada uma das 6 sessões (exceto na de avaliação) os participantes respondiam a um questionário de avaliação dos conteúdos (verdadeiro e falso até 6 questões) com o objetivo de verificar se existiam diferenças no nível de conhecimento da informação abordada na sessão.

Anexo B.

Diferença entre os grupos no pré-teste ao nível da sintomatologia psicopatológica

	Grupo de Intervenção (GPI) n=4	Grupo de Controlo (GC) n=6	U
	Pré-teste	Pré-teste	
	M, Mdn, DP	M, Mdn, DP	
SCL-90-5			
Somatização	.29, .25, .22	.35, .17, .51	10.00
Obsessão e Compulsão	.43, .50, .31	.68, .70, .30	4.50
Relações Interpessoais	.30, .22, .17	.41, .39, .23	10.00
Depressão	.31, .31, .28	.31, .27, .23	11.50
Ansiedade	.13, .05, .19	.30, .20, .35	6.50
Hostilidade	.21, .25, .16	.42, .33, .44	8.50
Ansiedade Fóbica	.07, .00, .14	.18, .07, .27	8.50
Ideação Paranoide	.20, .25, .16	.92, 1.00, .69	5.50
Psicoticismo	.25, .25, .21	.28, .25, .28	9.50
Apetite Reduzido	.00, .00, .00	.25, .00, .50	10.00
Apetite aumentado	1.50, 1.00, 1.00	2.00, 2.00, .82	8.50
Pert. do sono ao deitar	.50, .50, .57	.50, .50, .57	6.00
Pert. do sono ao levantar	.00, .00, .00	1.25, 1.00, 1.26	7.00
Insónias	.25, .00, .50	.25, .00, .50	11.00
Pensamentos sobre a morte	.75, .00, 1.50	.25, .00, .50	12.00
Culpa	.00, .00, .00	1.00, .50, 1.41	6.00
IGS	.26, .21, .22	.44, .38, .27	8.00

n: tamanho da amostra, M: Média, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Anexo C.

Diferença entre os grupos no pré-teste ao nível dos consumos

	Grupo de Intervenção (GPI) n=4	Grupo de Controlo (GC) n=6	U
	Pré-teste	Pré-teste	
	M, DP	M, DP	
ASSIST			
Tabaco	13.25, 16.00, 7.09	14.50, 13.50, 4.41	12.00
Álcool	4.25, 4.00, 1.79	2.83, 2.50, 2.04	7.00
Cannabis	13.00, 10.50, 8.37	11.33, 10.50, 6.77	10.50
AUDIT	4.50, 3.50, 4.65	4.83, 3.50, 3.60	11.00

n: tamanho da amostra, M: Média, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Anexo D.

Diferenças entre os grupos no pós-teste ao nível da sintomatologia psicopatológica

	Grupo de Intervenção (GPI) n=4	Grupo de Controlo (GC) n=6	U
	Pós-teste	Pós-teste	
	M, Mdn, DP	M, Mdn, DP	
SCL-90-5			
Somatização	.27, .21, .22	.24, .13 .33	9.50
Obsessão e Compulsão	.22, .15, .19	.25, .20, .27	11.00
Relações Interpessoais	.17, .17, .14	.17, .16, .15	11.50
Depressão	.38, .27, .40	.11, .11, .11	8.00
Ansiedade	.12, .13, .08	.12, .05 .19	8.50
Hostilidade	.04, .00, .08	.19, .08, .27	7.50
Ansiedade Fóbica	.04, .00, .08	.00, .00, .00	9.00
Ideação Paranoide	.08, .08, .09	.27, .00, .60	11.00
Psicoticismo	.27, .25, .28	.07, .00, .12	5.50
Apetite Reduzido	.00, .00, .00	.17, .00, .40	10.00
Apetite aumentado	1.25, 1.00, 1.25	.83, .50, 1.2	9.00
Pert. do sono ao deitar	.75, 1.0, .1.26	.17, .00, .41	10.50
Pert. do sono ao levantar	.50, .50, .58	.00, .00, .00	6.00
Insónias	.00, .00, .00	.00, .00, .00	12.00
Pensamentos sobre a morte	1.00, 1.00, .1.15	.16, .00, .41	7.00
Culpa	.00, .00, .00	.00, .00, .00	12.00
IGS	.22, .19, .18	.16, .10, .20	9.00

n: tamanho da amostra, M: Média, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Anexo E.

Diferenças entre os grupos no pós-teste ao nível dos consumos

	Grupo de Intervenção (GPI) n=4	Grupo de Controlo (GC) n=6	U
	Pós-teste	Pós-teste	
	M, DP	M, DP	
ASSIST			
Tabaco	17.50, 20.00, 8.06	11.17, 10.50, 9.17	6.50
Álcool	4.25, 3.50 1.89	4.83, 3.00, 4.62	10.00
Cannabis	8.75, 9.00, 2.22	5.83, 1.00, 8.77	8.00
AUDIT	4.50, 5.50, 3.11	3.67, 3.00, 1.96	9.00

n: tamanho da amostra, M: Média, DP: Desvio-Padrão, U: Teste de Mann-Whitney

Nome e apelidos: _____

Nº _____ Sexo: Homem Mulher Idade: _____ Dia: / /

Naturalidade _____ Entrevistador _____

SCL-90-R

Questionário de 90 sintomas

O presente questionário faz parte da sua história clínica e está sujeito a estrito segredo profissional

Instruções

Leia atentamente a lista que apresentamos nas páginas seguintes. São problemas e incómodos que quase toda a gente sofre alguma vez. Pense se sentiu algum destes sintomas nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

Faça um círculo no (0) se não sofreu desse incómodo em absoluto; no (1) se o sentiu um pouco presente; no (2) se o sentiu moderadamente; no (3) se o sentiu muito e no (4) se o sentiu extremamente.

Até que ponto se sentiu molestada pelo sintoma

0	1	2	3	4
Nada em absoluto	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

Faça um circulo na alternativa eleita

1 Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2 Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
3 Pensamentos, palavras ou ideias não desejáveis que não saem da mente	0	1	2	3	4
4 Sensações de desmaio ou enjoo	0	1	2	3	4
5 Perda do desejo ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6 Ver as pessoas de maneira negativa, encontrando nelas sempre defeitos	0	1	2	3	4
7 Ideia que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8 Impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros	0	1	2	3	4
9 Dificuldade de recordar as coisas	0	1	2	3	4
10 Preocupação com a higiene, o descuido ou a desorganização	0	1	2	3	4
11 Sentir-se facilmente, molestado, irritado ou enfadado	0	1	2	3	4
12 Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13 Sentir medo de espaços abertos ou de estar na rua	0	1	2	3	4
14 Sentir-se sem energia ou desanimado	0	1	2	3	4
15 Pensamentos suicidas, ou ideias de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
16 Ouvir vozes que mais ninguém ouve	0	1	2	3	4
17 Temores	0	1	2	3	4
18 A ideia de que não se pode confiar em ninguém	0	1	2	3	4
19 Falta de apetite	0	1	2	3	4
20 Chorar facilmente	0	1	2	3	4
21 Timidez ou incómodo perante o sexo oposto	0	1	2	3	4
22 Sensação de estar preso ou fechado	0	1	2	3	4
23 Ter medo de repente sem razão aparente	0	1	2	3	4
24 Ataques de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar	0	1	2	3	4
25 Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4

26 Culpar-se a si mesmo de tudo o que passa	0 1 2 3 4
27 Dores no fundo das costas	0 1 2 3 4
28 Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou de terminar as tarefas	0 1 2 3 4
29 Sentir-se só	0 1 2 3 4
30 Sentir-se triste	0 1 2 3 4
31 Preocupar-se demasiado com tudo	0 1 2 3 4
32 Não sentir interesse por nada	0 1 2 3 4
33 Sentir-se temeroso	0 1 2 3 4
34 Ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade	0 1 2 3 4
35 A impressão que os outros se apercebem do que está a pensar	0 1 2 3 4
36 Ter a sensação que os outros não o compreendem ou não fazem caso de si	0 1 2 3 4
37 Ter a impressão que as outras pessoas são pouco amistosas ou que não gostam de si	0 1 2 3 4
38 Ter que fazer as coisas muito devagar para se assegurar que estão bem	0 1 2 3 4
39 O seu coração palpita ou bate muito depressa	0 1 2 3 4
40 Náuseas ou mal-estar no estômago	0 1 2 3 4
41 Sentir-se inferior em relação aos outros	0 1 2 3 4
42 Dores musculares	0 1 2 3 4
43 Sensação que as outras pessoas estão a olhar para si ou falam de si	0 1 2 3 4
44 Dificuldade em conciliar o sono	0 1 2 3 4
45 Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz	0 1 2 3 4
46 Dificuldade em tomar decisões	0 1 2 3 4
47 Sentir medo ao viajar de carro, autocarro, metro ou comboio	0 1 2 3 4
48 Aflição ou dificuldades em respirar	0 1 2 3 4
49 Arrepios, sentir calor ou frio de repente	0 1 2 3 4
50 Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe provocam medo	0 1 2 3 4
51 Ficar com a mente em branco	0 1 2 3 4
52 Adormecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo	0 1 2 3 4
53 Sentir um nó na garganta	0 1 2 3 4
54 sentir-se desesperado em relação ao futuro	0 1 2 3 4
55 Ter dificuldades para concentrar-se	0 1 2 3 4
56 Sentir-se débil relativamente a alguma parte do corpo	0 1 2 3 4

57 Sentir-se tenso ou com os nervos em franja	0 1 2 3 4
58 Sentir os braços e as pernas pesadas	0 1 2 3 4
59 Ideias sobre a morte ou o facto de morrer	0 1 2 3 4
60 Comer demasiado	0 1 2 3 4
61 Sentir-se incomodo quando as pessoas o olham ou falam acerca de si	0 1 2 3 4
62 Ter pensamentos que não são seus	0 1 2 3 4
63 Sentir o impulso para bater, golpear ou fazer mal a alguém	0 1 2 3 4
64 Acordar de madrugada	0 1 2 3 4
65 Impulsos que o levem a fazer as coisas de maneira repetida (mexer em algo, lavar-se....)	0 1 2 3 4
66 Sono inquieto ou perturbado	0 1 2 3 4
67 Ter vontade de partir ou destruir algo	0 1 2 3 4
68 Ter ideias ou crenças que não são partilhadas pelos outros	0 1 2 3 4
69 Sentir-se muito inibido ou envergonhado entre as outras pessoas	0 1 2 3 4
70 Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo no cinema, em lojas, etc	0 1 2 3 4
71 Sentir que tudo requer um grande esforço	0 1 2 3 4
72 Ataques de terror ou pânico	0 1 2 3 4
73 Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público	0 1 2 3 4
74 Ter discussões frequentes	0 1 2 3 4
75 Sentir-se nervoso quando fica só	0 1 2 3 4
76 Os outros não o recompensam adequadamente pelos seus méritos	0 1 2 3 4
77 Sentir-se só apesar de estar com mais gente	0 1 2 3 4
78 Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente	0 1 2 3 4
79 Sensação de ser inútil ou não valer nada	0 1 2 3 4
80 Pressentimentos de que algo vai correr mal	0 1 2 3 4
81 Gritar ou atirar coisas	0 1 2 3 4
82 Ter medo de desmaiar em publico	0 1 2 3 4
83 Impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si se o permitisse	0 1 2 3 4
84 Ter pensamentos relativos ao sexo que o inquietam bastante	0 1 2 3 4
85 A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros	0 1 2 3 4
86 Pensamentos ou imagens assustadoras que lhe provocam medo	0 1 2 3 4
87 A ideia de que algo sério anda mal no seu corpo	0 1 2 3 4

88 Sentir-se sempre distante, tendo a sensação que não tem intimidade com ninguém	0 1 2 3 4
89 Sentimentos de culpabilidade	0 1 2 3 4
90 Ideia de que algo está mal na sua mente	0 1 2 3 4

Fim da prova. Comprove se assinalou todas as frases

Muito importante

Não escreva nada neste quadrado ou poderá invalidar o seu exercício.

ASSIST

Nome:

N.º Utente:

1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica]	Não	Sim
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3

[se todas as respostas forem negativas pergunte: “Nem mesmo quando andava na escola?”]

[se “não” para todas as substâncias, termine o questionário]

[se “sim” para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

[se “nunca” para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

Cartão de Resposta do ASSIST

Substâncias

a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)

b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)

c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)

d. Cocaína (coca, crack, etc.)

e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)

f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)

g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (comprimidos para dormir, xanax®, lexotan®, valium®, rohypnol®, etc.)

h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)

i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)

j. Outras. **[Especifique]**

Frequência nos últimos 3 meses [questões 2 a 5]

Nunca [não consumiu nos últimos 3 meses]

1 a 2 vezes [consumiu 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses]

1 a 3 vezes por mês [mensalmente]

1 a 4 vezes por semana [semanalmente]

5 a 7 vezes por semana [diariamente ou quase]

Frequência ao longo da vida [questões 6 a 8]

Não, nunca

Sim, mas não nos últimos 3 meses

Sim, aconteceu nos últimos 3 meses

AUDIT

Nome:

Data:

Questões / Pontuação	0	1	2	3	4
AUDIT C	<input type="checkbox"/> Nunca [caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> De 7 a 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana

[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total da Pontuação:

[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]

A seguir apresentamos várias afirmações relativas à maneira de estar ou de ser das pessoas.

umas podem aplicar-se a si; outras nem tanto; outras, ainda, só se aplicam de quando em vez porém poderá considerá-las também como VERDADEIRAS

Outras, definitivamente, não terão nada «a ver consigo ou com os seus estados habituais»; por isso são consideradas FALSAS para si

Finalmente, uma ou outra afirmação, muito poucas, merecem-lhe ALGUMA DÚVIDA; por ora não a classifique como verdadeira ou falsa.

Dadas estas explicações, responda então como sente HABITUALMENTE.... Coloque uma cruz na correspondente colunas da direita		VERDADEIRA	FALSA	TENHO DÚVIDA
1.	Tenho bom apetite			
2.	Acordo de manhã quase sempre bem disposto e fresco			
3.	A minha vida habitual esta cheia de coisas interessantes			
4.	Trabalho num estado de grande tensão nervosa			
5.	Por vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar nelas.			
6.	É muito raro ter prisão de ventre			
7.	Já houve momentos em que tive uma forte vontade de abandonar a minha casa			
8.	Tenho por vezes crises de riso ou de choro que não consigo controlar			
9.	Muitas vezes sofro de náuseas e vômitos			
10.	Parece que ninguém me compreender			
11.	Tenho por vezes desejo de praguejar ou de dizer asneiras			
12.	Tenho pesadelos quase todas as noites			
13.	É-me difícil fixar a minha atenção num trabalho ou numa ocupação			
14.	Já tenho tido experiências muito especiais ou estranhas			
15.	Se outras pessoas não me quisessem mal, teria tido mais sucesso na vida			
16.	Num certo período da minha infância tentei fazer ou participar em pequenos roubos			
17.	Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais não podia fazer nada como devia ser, porque não conseguia interessar-me			
18.	O meu sono é agitado e perturbado			
19.	Quando estou com outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas estranhas ou esquisitas			
20.	Sou estimado pela maior parte das pessoas que me conhecem			
21.	Já tive muitas vezes que receber ordens de alguém que sabia menos do que eu			
22.	Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem sê-lo			
23.	Creio que muita gente exagera as suas desgraças, para obter mais simpatia e a ajuda dos outros			
24.	Algumas vezes chateio-me ou fico furioso(a)			
25.	De facto tenho pouca confiança em mim			
26.	Nunca notei que os meus músculos estremecessem ou tremessem de uma maneira incómoda ou anormal			
27.	Geralmente tenho a impressão de que fiz algo de mal ou de desastroso			
28.	Sinto-me feliz quase sempre			
29.	Há pessoas que se mostram tão autoritárias que sinto necessidade fazer o contrário do que elas querem, mesmo sabendo que têm razão			
30.	Creio que as outras pessoas tentam fazer alguma coisa contra mim			
31.	Quase toda a gente utilizaria meios feios, poucos bonitos e injustos para obter um benefício em vez de perder			
32.	Tenho muitas vezes problemas de estômago ou de intestinos			
33.	Muitas vezes não compreendo porque fui tão teimoso e resmungão			
34.	Por vezes, os meus pensamentos correm tão depressa do que consigo contá-los ou exprimi-los			
35.	Creio que tenho em minha casa um ambiente familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço			

	Continuação... responda então como sente HABITUALMENTE.... Coloque uma cruz na correspondente colunas da direita	VERDADEIRA	FALSA	TENHO DÚVIDA
36.	Por vezes, sinto-me verdadeiramente inútil			
37.	Durante os últimos anos a minha saúde foi geralmente boa			
38.	Já tive alturas em que fiz coisas sem que, mais tarde, recordasse exactamente o que tinha feito			
39.	Penso que fui castigado muitas vezes sem razão			
40.	Nunca me senti tão bem como agora			
41.	Não fico incomodado com o que os outros pensam de mim			
42.	Acho que tenho boa memória			
43.	É-me difícil iniciar uma conversação quando encontro alguém pela primeira vez			
44.	Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral			
45.	Tenho muito poucas vezes dores de cabeça			
46.	Não tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando caminho			
47.	Não gosto de todas as pessoas que conheço			
48.	Há pessoas que tentam aproveitar-se dos meus projectos ou ideias			
49.	Gostaria de não ser tão envergonhado ou tímido			
50.	Creio que os meus pecados são imperdoáveis			
51.	Dou comigo muitas vezes a criar preocupações com coisas sem importância			
52.	Os meus pais têm criticado muitas vezes as minhas companhias.			
53.	Por vezes sou um pouco maldizente (má língua)			
54.	Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume			
55.	Quase nunca senti palpitações de coração e raramente fico com falta de ar			
56.	Tão depressa fico furioso como também depressa me esqueço			
57.	Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira			
58.	Os meus pais e familiares encontram-me mais defeitos do que tenho			
59.	Ninguém se preocupa com o que poderá acontecer aos outros			
60.	Não censuro uma pessoa que se aproveita de alguém que se deixa levar			
61.	Há momentos em que me sinto cheio de energias			
62.	A minha vista não tem enfraquecido; (ainda é o que era)			
63.	É raro sentir zumbidos ou campainhas nos ouvidos			
64.	Numa ou várias alturas da minha vida senti que alguém procurava hipnotizar-me para me obrigar a algo			
65.	Sinto-me por vezes cheio de vitalidade, sem que exista razão especial			
66.	Geralmente sinto-me só, mesmo quando estou no meio de muita gente			
67.	Creio que toda gente diria uma mentira para se livrar dum problema			
68.	Sou mais sensível do que a maioria das pessoas			
69.	Às vezes o meu espírito parece trabalhar mais lentamente do que de costume			
70.	As pessoas desiludem-me muitas vezes			
71.	Tenho abusado de bebidas alcoólicas e/ou de outras substâncias tóxicas			